

9 avenue Charles-de-Gaulle
92104 Boulogne-Billancourt

Standard : 01 49 09 50 00

DEVIS D'HONORAIRES

CE DOCUMENT DOIT IMPERATIVEMENT ETRE RETOURNE
DATE, SIGNE.

A L'INTENTION DU PR HIVELIN
AVANT PROGRAMMATION DE L'INTERVENTION

**CHIRURGIE PLASTIQUE
RECONSTRUCTRICE
ET ESTHETIQUE**

Pr. Mikaël HIVELIN
N° inscription Conseil de
l'Ordre: 92/ 26488
N° RPPS : 10005169254
Médecin Conventionné, Secteur
2 avec Compléments
d'honoraires, Non adhérent à
l'OPTAM

Email: mikael.hivelin@aphp.fr

Secrétariat : 01 49 09 54 78
Prise de Rendez-vous : Doctolib.fr

A la demande de

NOM : **SCHNELL**

Prénom : **AURELIE**

Date de naissance : **29/09/1978**

Adresse : **189 Boulevard Murat 75016 PARIS**

Intervention : **Reconstruction mammaire secondaire**
bilatérale par lambeau libre PAP prélevé au dépens de la
cuisse

Lieu de l'intervention :
Hôpital Ambroise Paré,
9, Avenue Charles de Gaulle 92104 Boulogne-Billancourt
Cette intervention sera réalisée en Chirurgie Conventionnelle

Montant total à régler au Pr Mikaël HIVELIN:
3500,00 €

La sécurité sociale prend en charge les honoraires conventionnels minimaux.

La déclaration d'honoraires complémentaires ouvre droit à un remboursement par les mutuelles complémentaires, dépendant des termes de chaque contrat. Il appartient au patient de se renseigner sur les sommes restant à sa charge après remboursement.

Détails des Actes et cotations :

Codification CCAM	Base de remboursement S.S.	Coefficie nt*	Modificateu r (J/R) %	Hors S.S.	Total
QEMA020	658 €	1,0	6,50%/	1586 €	2287 €
QEMA020	658 €	0,5	6,50%/	863 €	1213 €
QEFA019	155 €	0	0	0	0
QEFA019	155 €	0	0	0	0

(*Coefficient appliqué conformément à la cotation des actes en CCAM)

Code regroupement : ADC

Code DMT : 137

Total : 3500,00 Euros

Date : 21/03/2023

Signature du médecin :



Acceptation du devis par la personne examinée, le :

Signature de la personne examinée

CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL DESTINE AU PROFESSEUR HIVELIN

o Je soussigné(e) **SCHNELL AURELIE**
Né(e) le : **29/09/1978**

Désire me faire opérer de : **Reconstruction mammaire secondaire bilatérale par lambeau libre PAP prélevé au dépens de la cuisse**

o J'ai bien reçu et lu les documents intitulés :

- feuille d'informations de la SOFCPRE relative à cette intervention, l'avez commentée, et je l'ai comprise. J'ai pu et je peux encore vous poser toutes mes questions à ce sujet.
- devis de l'acte chirurgical envisagé

o Je vous confirme que les explications que vous m'avez fournies l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et vous demander de pratiquer cette intervention de chirurgie.

o J'ai bien noté qu'il existe des risques de complications multiples et imprévisibles, qui sont liés soit à l'anesthésie, soit à la chirurgie, et plus particulièrement à l'intervention envisagée.

De gravité variable, ces risques peuvent survenir soit pendant l'intervention, soit après celle-ci, au cours de mon hospitalisation, ou dans les semaines qui suivront mon retour à domicile.

Tout acte invasif comporte notamment un risque infectieux. Je vous autorise à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème opératoire pour faire face aux complications importantes, y compris à un changement de procédure.

o Vous m'avez informé(e) en détail et de manière compréhensible de la procédure chirurgicale, des bénéfices attendus de cette intervention, de ses inconvénients et surtout de ses limites. Les explications que vous m'avez fournies ont été détaillées en des termes suffisamment clairs, et j'ai eu le temps de réfléchir pour me permettre de prendre ma décision et de vous demander de pratiquer cette intervention.

Au cours de cette deuxième consultation, j'ai d'ailleurs pu vous poser encore toutes les questions complémentaires éventuelles concernant cette intervention.

o Je reconnais que, d'un commun accord, nous sommes convenus d'un délai minimum entre la consultation et l'intervention, et que dans cet intervalle vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin traitant.

o Je ne vous ai caché aucun de mes antécédents médicaux ou chirurgicaux, ni aucun des traitements médicamenteux que je prends. Pour diminuer le risque d'hémorragie, je ne prendrai aucun traitement anti-inflammatoire ou contenant de l'aspirine dans les deux semaines qui précéderont l'intervention. J'ai été informé(e) des risques d'intervention ultérieure.

o Je m'engage expressément à me rendre aux consultations post-opératoires, et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez avant, pendant et après l'hospitalisation ou l'intervention. Je m'engage aussi à vous contacter immédiatement et personnellement en cas d'évènement indésirable survenant après mon retour à domicile.

o J'autorise l'utilisation des photos prises avant, pendant ou après l'intervention pour des congrès scientifiques et/ou des publications, quel qu'en soit le support.

Date :

Signature :

Le 21/03/2023, à Boulogne-Billancourt

Pr Mikael Hivelin

